

授權號： \_\_\_\_\_ BCCHP 號： \_\_\_\_\_

**Breast, Cervical and Colon Health Program 同意書****計劃說明**

Breast, Cervical and Colon Health Program (BCCHP, 乳腺、宮頸和結腸健康計劃) 是健康提供者、Washington State Department of Health (DOH, 華盛頓州衛生署) 和 Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 疾病控制與預防中心) 共同努力的成果, 以支援對乳腺癌和宮頸癌篩查。篩查的目的是儘早發現癌症, 以預防或治療癌症。對乳腺癌的篩查包括乳腺檢查和乳腺 X 射線檢查 (被稱為乳腺 X 線照片)。對宮頸癌的篩查包括盆腔檢查, 以及從子宮頸 (子宮開口) 抽取細胞樣本 (被稱為子宮頸抹片檢查和人類乳突病毒檢測)。

**同意發布資訊**

我同意我的所有醫療服務提供者、診所、醫院、健康保險計劃和 BCCHP 計劃互相提供有關我的醫療保健、宮頸檢測、乳腺檢查、乳腺 X 線照片以及我透過 BCCHP 接受的任何相關醫療護理的資訊。我了解, 此同意會在我簽署此表格之日起 12 個月後到期。12 個月後, 我必須重新註冊才能繼續獲取服務。

**發布給 BCCHP 計劃的任何資訊都將保密。** 該資訊將可供我、BCCHP 服務中涉及的員工、Health Care Authority (醫療保健機構) (如適用, 則針對 Breast and Cervical Cancer Treatment Program (BCCTP, 乳腺癌和宮頸癌治療計劃)) 和 Department of Health (BCCHP 的資金來源) 所使用。該資訊將用於實現上述 BCCHP 計劃的目的。因 BCCHP 計劃而出現的已發佈報告將不會按姓名來識別任何客戶的身分。

我了解, 參與這些計劃是自願的, 並且我可以隨時退出 BCCHP 並撤回對發布資訊的同意。我了解, 如果我被發現患有乳腺癌和/或宮頸癌, 則我可能會有資格透過 Apple Health BCCTP 來接受治療。BCCHP 工作人員將會協助我進行註冊。作為我所接受的病例管理服務的一部分, 我瞭解, 我可能會被要求同意接受治療, 並根據需要提供其他資訊。

**如果我偽造用於確定我資格的任何資訊, 我了解, 我將對該指控負有責任。**

請在此處簽署您的姓名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

證人：醫療機構 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

請在此處用印刷體書寫您的姓名 \_\_\_\_\_

口譯員 (如果已使用) \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_